

我国医疗保险制度改革 现存问题分析

梁润冰

[摘要]目前,由于市场失灵、目的与手段的矛盾以及利益驱动等因素的影响,我国医疗保险制度改革没有达到预期的目标,出现许多新问题。为推进我国医疗保险制度的改革,完善社会保障体系,我们应积极发挥政府的宏观调控职能、加强医疗保险支付制度的建设、促进公立和私立医疗机构的平等竞争、大力发展城市社区和农村医疗卫生服务。

[关键词]医疗保险制度;现存问题;分析

[中图分类号] F840.684 [文献标识码] A [文章编号] 1003-7462(2003)05-0089-04

在社会保险的三大险种即养老保险、失业保险和医疗保险之中,医疗保险是保障范围最广、保险内容最多以及运行机制最为复杂的社会保险项目。它作为社会发展和改革的一个重要组成部分,倍受各国政府和人们的关注。本文旨在分析我国医疗保险改革模式的利弊,从改革实践出发,为完善我国医疗保险制度谈些个人看法。

一、我国医疗保险制度改革现状

医疗保险制度改革是我国经济体制改革的重要组成部分。自1998年《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》颁布以来,各省、自治区、直辖市都相继出台了医疗保险制度改革的总体规划,在全国349个地级以上医疗保险统筹地区中,有339个市(地)和1435个县(市)的实施方案已经省政府审批出台并组织实施,医疗保险覆盖人数达到7630万。城镇职工基本医疗保险制度正在全国范围内稳步推行,初步建立起符合社会主义市场经济要求的城镇药疗卫生市场服务体系。医疗保险制度的改革打破了传统的公费医疗制度,初步遏制了医疗

费用过度增长的势头,提高了医疗服务质量,给广大人民群众的生活带来了巨大变化。但我国的医疗保险制度改革还不很完善,在实施过程中出现了许多新情况。

一是医疗保险的覆盖率减少,个人支付医疗费用的比例不断上升。随着我国从计划经济向市场经济转轨,尤其是国有企业改革的推进,一部分城市居民进入社会低收入阶层,失去了原有的医疗保障。依照现行的医改模式,城镇医疗保障制度并不能覆盖所有的城镇居民。随着下岗职工的增加以及大量民工涌入城市,使得城镇居民中完全自费药疗人数进一步增加,比例已达到44.13%;在农村,随着农村社会经济的巨大变迁,动摇了原有医疗制度的经济基础,造成了农村医疗保障发展和基本公共卫生服务的迅速衰退,自费医疗成为农村医疗制度的主要形式。到20世纪90年代末,合作医疗仅覆盖了不足6.6%的农村人口,87.4%的农民没有医疗保障,完全变成了自费医疗者。根据1998年全国卫生服务调查数据,全国约有3/4的人口没有享受到基本的医疗保险。

与此相应,我国居民个人支付医疗费用的

比例不断上升。按照我国制定的“人人享有卫生保健”的最低标准,卫生事业费占财政支出比例不应低于8%。但政府卫生事业费占财政总支出的比例却逐步下降,1997年仅为2.45%,远远低于“人人享有卫生保健”的最低限度标准,而居民卫生支出的比例急剧攀升。1990年,居民卫生支出占卫生总费用支出的比例约为37%,而到了1999年,比例上升为59%。在10年时间里,居民卫生支出比例以平均每年接近2.2%的速度在快速上升。

二是药价虚高,“以药养医”仍未得到有效遏制。医疗保险制度改革是一项综合性的系统工程。要保障基本医疗保险制度改革的顺利进行,必须同步推进医疗卫生体制和药品流通体制的配套改革,实行医药分家,改变“以药养医”的状况,从而降低药价,使老百姓得到实惠。但医药分家涉及到医疗保险各方巨大的利益得失,就医院而言,药品收支结余形成的“高额利润”不仅使医院可以维持大型设备购置和基础建设,也较好地解决了医务人员的奖金和福利,因此绝大多数医院不愿放弃这一利润来源。

三是农村医疗卫生投入严重不足。80年代以来,由于社会经济结构的深刻变化与合作医疗制度的滑坡,使90%左右的农民成为毫无保障的自费医疗群体。缓慢的收入增长,无法跟上医疗费用的急剧上升。为数众多的农民陷入了无钱看病、吃药的困境。要解决这一困境,需要加大政府的农村医疗卫生投入。但从政府对农村医疗卫生投入的比例来看,却呈逐步下降趋势。根据全国卫生总费用测算,1993年农村医疗卫生费用占全国卫生总费用的34.9%,1998年为24.9%,5年下降了10个百分点,平均每年以2个百分点的速度递减。1998年全国卫生总费用为3776亿元,其中政府投入为587.2亿元,用于农村卫生费用为92.5亿元,仅占政府投入的15.9%,政府对农村卫生投入的减少,直接导致了一部分农村居民尤其是贫困农村居民健康状况的恶化。

四是医疗保险市场不公平现象严重。改革开放20多年来,我国经济保持高速增长,但居民收入差距急剧拉大,特别在医疗卫生领域,这种差距表现得更加突出,更加尖锐。据粗略估

算,2000年,我国居民卫生保健支出的基尼系数达到了0.46,已越过了国际规定的0.40的临界值,被世界卫生组织列为“卫生财务负担”最不公平的国家之一。也就是说,我国“穷人”卫生负担占其收入的比例要远远高于“富人”卫生负担占其收入的比例。譬如,我国相当一部分高收入者,仍然和普通居民一样,享受着国家财政补贴下的较低的收费标准,即使参加社会医疗保险,其保险费也是按照同样比例支付的。这不仅严重违反了卫生筹资的支付能力原则和公平性原则,而且加剧了“因病致贫”和“因贫返病”现象的发生,陷入了“穷者愈穷、富者愈富”的陷阱,致使一部分社会弱势群体并没有分享到医疗保险制度改革带来的“实惠”,他们甚至被排斥在现行医疗保障制度之外。此外,这种不公平也体现在城乡卫生资源分配方面。根据第五次全国人口普查数据,全国城乡人口比例大约为36%和64%,但城乡公共卫生资源占有的比例刚好颠倒了过来,城市占了60%以上,而农村占了不到40%。从城市居民医疗保健消费支出比例的变化趋势来看,1990年城市居民用于医疗保健的费用是农村居民的1.35倍,到了2000年,上升为3.63倍,差距急剧拉大。

二、医疗保险制度改革困境的原因分析

医疗保险制度改革以来,我国卫生保健事业取得了很大的进展。但医改的成效并未像人们所期待的那么“亮丽”,看病吃药的费用依然居高不下,因病致贫依然是老百姓的最大担心。究其原因:

一是市场失灵。医疗保险市场是进行医疗保险商品交易的场所或领域的总称,是保险经济活动与市场机制的有机结合体。市场机制能促进医疗保险提高效率并控制费用,与此同时,它也存在市场失灵。在医疗保险领域,市场失灵主要表现为:(1)逆向选择。由于信息的不对称和不完善,保险公司根据平均风险决定的保险金导致了逆向选择现象的出现,即高风险人群愿意购买保险,而低风险的人群不愿意购买保险,保险公司因而容易产生亏损。为保证收支平衡,保险公司不可避免地要提高保险费,从而又将更多低风险消费者推出了保险的范围,形

成一种恶性循环的怪圈。(2)道德损害。道德损害即一个人所需要的医疗服务量取决于他需要支付的金额。由于保险降低了向个人收取医疗费的价格,所以他们所消费的医疗服务费就会比他们自付全价时消费的医疗服务量要多。由于道德损害行为的存在,医疗保险会增加消费者医疗服务的需求量,直到医疗服务的边际效用等于购买医疗服务的边际成本时才停止,而这时,真正的边际成本比边际效用大,造成了卫生资源的浪费,同时,减少了低风险人群的医疗保险需求。(3)风险选择。保险公司为了获取更大的利润,都尽可能地吸收高收入、年轻、健康的人参加保险,而将老年人、残废人、低收入人群等排除在保险范围之外,将这部分高风险、高成本的人转嫁给社会,致使保险的公平性降低。

二是目的与手段的矛盾。“人人享有卫生保健”是每个中国公民的基本人权,也是我国医疗保险制度改革的目标。而医疗保险制度改革最初是作为以脱困为眼前目标的国有企业改革的配套措施而提出的,目的是解决公费医疗和劳保医疗的敞开报销政策,减轻国有企业负担。我国医疗保险制度改革是把个人账户和社会统筹相结合作为改革模式,试图以个人账户强化个人的风险意识和责任,减轻医疗成本。然而,个人账户却提高了需求方的风险,削弱了医疗保险人群中风险分担基本功能的发挥,与我国医疗保险制度改革的目标是相矛盾的。一方面,它使年轻人的账户有大量的积累,却使相当一部分人无钱报销,而且由于目前个人账户资金有限,无法发挥设计中预想的充当老年医疗基金储蓄的功能,这种将原本归入社会统筹的基金重新分化给个人,连一般保险的功能都丧失了。另一方面,造就了新的城乡差距。医疗保障尤其是公共卫生保健,是典型的“公共产品”,要面向全社会而不仅仅局限于城镇居民。在某种意义上说,农民比城镇职工更需要国家在医疗保障方面的支持与保护,我们的卫生政策不能仅仅使部分健康的人群更健康,而应当促使那些没有健康保障的人得到最基本的健康保障。

三是利益的驱动。我国医疗保险制度的改革方向是以“用比较低廉的费用提供比较优质

的服务,努力满足广大人民群众基本医疗服务需要”。但作为改革的主要载体——医疗机构是一个追求自身利益最大化的利益共同体。医疗保险改革方向与医疗机构内部利益驱动是相矛盾的,所触及到的医疗部门利益是负相关的。因此,许多医疗机构在实施改革时,采取“上有政策,下有对策”的方法,暗中抵制,只是迫于强大的行政压力,进行小范围的改革。在现有利益格局没有改变的情况下,使医疗保险制度改革阻力重重,难以取得实质性的进展。

四是市场主体单一,缺乏平等的竞争。在我国,医疗机构主要由政府投资兴办,公立医疗机构在医疗保险市场中占有绝对的主导地位。如福建省,公立医院有333家,而各类民办医院仅有9家,二级以上公立医疗机构投资规模一般都在数千万元,高的数亿元,民办医院投资最大的医院投资最大的医院不过5000万元,一般在千万元左右。可以说,民办医疗机构还处于萌芽阶段,其资源总量、规模和技术力量根本无法与公立医疗机构抗衡,公立医疗机构处于垄断地位,社会缺少一个两种体制医院平等竞争的舞台。这种单一的市场竞争主体不利于公立医疗机构改进服务质量,提高服务水平和工作效率。

五是农村卫生财政体制的束缚。农村医疗保障是我国医疗保险改革的一个相对薄弱的环节。我国现有医疗保险改革的制度安排中,还没有明确规定哪一个部门对农民的医疗保障负责,而传统农村卫生投入的财政体制又严重制约了政府的投入,导致新的健康保障制度不能有效推行,农民丧失了参与健康保障的机会。在传统卫生投入财政体制下,农村卫生事业经费的三个主要来源是政府投入(中央与地方财政)、集体投入和农民个人的投入。但自80年代以来,财权下放,人民公社解体,政府和集体的投入显著下降,个人负担比重增大;再加上传统合作医疗制度的衰落,实际上,大多数农民已成为自费医疗人口,没有任何医疗保险。因此,在传统财政体制没有大的突破的情况下,建立农村初级社会保险困难重重。

三、进一步深化我国医疗保险制度改革

我国医疗保险制度改革历经5载,虽取得

较大进展,但还存在很多的不足。我们应在前期改革实践的基础上,积极借鉴国外医疗保险制度的一些成熟经验,加快我国医疗保险制度的改革,建立适应社会主义市场经济体制的医疗保障体系。

一是强化政府的宏观调控职能,纠正市场失灵。针对医疗保险领域市场失灵的现象,医疗保险市场体系的建立和完善必须要有政府的参与和支持。首先,政府应正确认识医疗保险市场的功能和市场失灵的特点,根据当地的政治、经济、文化、医疗卫生状况等因素,适时地设计和规划医疗保险市场的总体规划,用法律形式对医疗保险三方的地位、权利责任和相互关系做出总体的规定。其次,成立专门的机构和组织,建立起严格的法律和行政的医疗保险监督控制制度和手段,尽可能地减少各种违规行为,保持医疗保险市场的正常运转。再次,根据政、事分开原则,建立相对独立的、非营利性的医疗保险管理机构,负责医疗保险资金筹集和管理方面的具体业务,接受主管部门的宏观指导。最后,政府还应一定程度地直接参与医疗保险市场的工作,弥补医疗保险市场的不足,促进和协调医疗保险市场的发展。

二是加强医疗保险支付制度建设。医疗保险支付制度是医疗保险资源的配置器。完善医疗保险支付制度,有利于抑制医疗费用过快增长,合理使用卫生资源。我国在改革医疗保险制度过程中,不仅要重视医疗保险资金筹集机制的建设,更要重视医疗保险支付体制的改革。在医疗保险改革实践中,及时适应新出现的约束条件,综合各种支付方式和标准,取长补短,逐步完善、更新医疗保险支付制度,积极顺应国际社会医疗保险支付制度的发展趋势,努力向统一定价和预付制的方向发展。

三是鼓励民间投资,促进公、私医疗机构间

的竞争。提高医疗机构的工作效率和服务质量,首要的一条就是打破传统单一的公有制办医模式,积极鼓励多种形式办医,建立较为完善的医疗保险市场竞争机制,促使医疗机构强化内部管理,重视成本效益分析,提高人、财、物利用效率。其次,加强医疗工作人员的职业道德教育,建立“以病人为中心的医疗”服务体系,为病人提供“人性化”服务,满足病人多层次的服务需求。再次,建立医疗质量评价制度。政府积极组织医学专家对专科医生进行医疗质量评价,对他们医疗评价、晋升、荣誉奖励实行归口统一管理。

四是大力发展社区卫生服务。社区卫生服务是以城市社区为基本单位,为群众提供基本医疗、预防、保健、康复教育和计划生育技术指导等卫生服务的综合服务模式。我国各级政府应统筹规划,将社区卫生服务纳入社会工作和行业化管理的轨道;进一步加强社区卫生服务人员的教育和培训,提高人员的业务水平和自身素质,提高社区卫生服务的科学化水平;同时,尽快建立家庭医生和家庭病床制度,向居民提供便捷、周到的卫生服务。

五是建立新型的农村合作医疗制度和医疗救助制度。建立农村医疗保障体系的核心问题是政府投入的不足。我们首先应改革现有农村卫生投入的财政体制,加大政府投入力度,将农民的医疗保障纳入基本医疗保障网。其次,在政府的引导和支持下,以大病统筹为主,发展多种形式的农民互助合作医疗,建立、完善新型农村合作医疗制度。同时,多渠道筹集资金,对农村贫困家庭实行医疗救助,适当对大额医疗费用和住院费用给予补助,逐步完善农村医疗救助制度。●

(作者单位:厦门大学政治学与行政学系)

(责任编辑:李芸)